ÉTUDES DE CHIRURGIE INFANTILE

DE LA
Circoncision

INDICATIONS ET MANUEL OPÉRATOIRE

PAR

LE Dr G. FÉLIZET

CHIRURGIEN DES ENFANTS DE L'HÔPITAL TENON

(avec 10 figures dans le texte)

1 pince à circoncision
3 pinces hémostatiques fines
1 bistouri
1 sonde canelée
3 aiguilles fines
catgut 00
gaze au salol
salol
ouate hydroph.
solution antiseptique 2 litres

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—

1891



DE

LA CIRCONCISION

INDICATIONS

ET MANUEL OPÉRATOIRE



ÉTUDES DE CHIRURGIE INFANTILE

DE LA
Circoncision

INDICATIONS ET MANUEL OPÉRATOIRE

PAR

LE Dr G. FÉLIZET

CHIRURGIEN DES ENFANTS DE L'HÔPITAL TENON

(avec 10 figures dans le texte)

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—

1891

DE

LA CIRCONCISION

INDICATIONS ET MANUEL OPÉRATOIRE

AVANT-PROPOS

C'est une petite opération et qui semblerait à peine mériter qu'on en fasse l'objet d'un mémoire. On aurait tort de la dédaigner : elle est délicate souvent. Elle donne de bons résultats qu'il n'est pas permis toujours d'exhiber et des malfaçons qu'on dissimule.

Ce n'est pas de la chirurgie glorieuse, c'est de la chirurgie nécessaire.

Nous montrerons un jour quelles conséquences nuisibles entraîne le phimosis dans la première enfance.

Nous serions à même de prouver déjà le mal que fait le prépuce étroit, allongé et adhérent, depuis la rétention d'urine jusqu'à l'incontinence, et de montrer, avec la plupart des chirurgiens, que l'opération prévient la balanite, les calculs sous-posthiques, le phlegmon du fourreau, avec les adénites inguinales.

Il y a plus : nous sommes actuellement à peu près fixé sur la corrélation qui existe entre certaines malformations du prépuce et l'hydrocèle congénitale, la hernie ombilicale, quelques hernies inguinales et un bon nombre de cas de prolapsus du rectum.

Grâce au grand mouvement de notre service de chirurgie infantile à Tenon, nous avons pu suivre comment le phimosis accompagne ou produit ces infirmités et nous assurer que la circoncision en arrête les progrès et en amène souvent la guérison à courte échéance. Ce sera l'objet d'une prochaine étude.

Nous ne nous occupons aujourd'hui que de l'opération.

Nous avons été frappé du caractère sommaire de la description qui est faite de la circoncision dans les traités de chirurgie et dans les dictionnaires, et nous avons pensé qu'il pourrait être utile d'entrer dans un certain nombre de détails, qui ne déplairont pas aux chirurgiens désireux de réussir une opération dont la simplicité n'exclut pas la minutie et dont l'idéal est, après avoir rendu les services qu'on en attend, de ne laisser aucune trace de son exécution : tel est l'objet de ce Mémoire[1].

1. Notre ami, le Dr L. Naret, qui ne se contente pas d'être un médecin distingué, et qui est un artiste apprécié, a bien voulu faire pour nous, au pied levé, les dessins qui accompagnent et qui expliquent notre texte. Nous sommes heureux de lui en témoigner ici notre reconnaissance.

QUELQUES DÉTAILS ANATOMIQUES

Pour bien faire comprendre la valeur de certaines précautions de détail, il est nécessaire de dire quelques mots de l'état anatomo-pathologique de la verge, du prépuce et du gland dans le phimosis.

La verge. — Le volume et la longueur de la verge sont très variables dans l'enfance.

C'est surtout après la cinquième année, chez les enfants qui ont présenté des accidents de dysurie, qui ont souffert de la balanite, du ténesme vésical, des épreintes du prolapsus du rectum, ou qui ont été poussés à la masturbation par les excitations de ces malaises, que la verge est volumineuse, mais on peut dire que ce développement n'est que la conséquence des complications du phimosis.

Il semble, au contraire, que primitivement la verge soit plutôt petite, ainsi qu'en témoignent les difficultés qu'on rencontre pour découvrir le gland des enfants de huit ou dix mois, quand on est amené à les opérer, cette difficulté résidant plutôt dans l'exi-

guïté de la verge que dans la solidité des adhérences.

Le prépuce. — Le prépuce est long, plus ou moins charnu, effilé d'abord, pour se terminer par un petit élargissement fongoïde, dont le centre livre passage à l'urine.

Telle est la disposition ordinaire. Mais, dans quelques cas, le prépuce est court, accolé juste au gland sur lequel il se modèle.

Souvent l'orifice préputial ne correspond pas exactement au méat urinaire, il faut le déplacer pour établir le parallélisme. L'absence de parallélisme peut même être portée à l'extrême, comme dans un cas où nous avons vu, avec notre ami le Dr Moizard, l'orifice préputial ouvert, avec toutes les apparences d'un hypospadias balanique, à la hauteur du corps du frein, le méat urinaire étant, comme l'opération nous l'a montré, tout à fait à sa place, sur un gland bien conformé.

Dans les prépuces longs, on trouve souvent de la tuméfaction et de la rougeur à l'extrémité ; souvent aussi, à l'orifice, des gerçures radiées que le passage de l'urine irrite et entretient ; l'irritation de ces gerçures occasionne parfois de l'adénite, elle est souvent aussi le point de départ direct d'une balanite. Mais cette balanite est généralement circonscrite, limitée au voisinage des gerçures. On n'observe guère un écoulement abondant que lorsque, les adhérentes n'existant pas, il y a une véritable cavité balano-posthique : d'où ce petit renseignement utile au point de vue de la circoncision : un prépuce en-

flammé sans écoulement abondant annonce l'existence des adhérences.

En dehors de tout état inflammatoire, l'obstacle au découvrement du gland consiste dans une étroitesse et le siège de cette coarctation n'est ni le pli de réflexion de la peau, ni sa jonction avec la muqueuse. C'est un peu plus loin, et sur la muqueuse elle-même (fig. 1, A), que siège la coarctation.

On s'assure également que le rétrécissement est très court, presque linéaire, qu'il est souvent dur et brisant, comme le prouve le bruit sec de la déchirure de la muqueuse, qui se produit si souvent dans l'opération dite par dilatation.

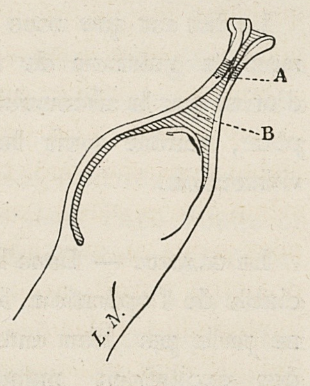


Fig. 1.
A Rétrécissement phimosique.
B Canal préputial.

La figure 1 nous montre, entre le détroit A et le méat urinaire, un espace allongé B que traverse l'urine, un *canal préputial*. En cas de rétrécissement excessif en A, le canal préputial se dilate et peut se transformer en une poche où l'urine s'accumule pendant la miction, produisant, outre le refoulement au loin du gland et du pénis, comme dans le cas authentique et invraisemblable rapporté par Desault, des érosions, des ulcérations et un véritable phlegmon urinaire du fourreau.

Mais, en dehors de ces cas compliqués et rares,

il est certain que la stagnation ou même le simple contact de l'urine sur la muqueuse du canal préputial, peut fort bien produire des réflexes vésicaux analogues à ceux qui, dans la miction normale, partent de l'urèthre au contact de l'urine et agissent sur le col de la vessie.

Le fait est que nous ne saurions expliquer autrement la guérison de tant de cas d'incontinence d'urine par la circoncision, opération qui, dans l'espèce, semble avoir la valeur démonstrative d'une vivisection.

Le gland. — Dans les cas où le prépuce est justiciable de l'opération, le gland est souvent petit. Je ne parle pas, bien entendu, des faits dans lesquels des excitations maladives ou vicieuses en ont augmenté le volume. En dehors de ces circonstances, avant la troisième année, le gland est peu développé; dans un bon nombre de cas, il n'a pas la forme ovoïde et allongée qui lui est naturelle, il est aplati, arrondi ou étalé, la brièveté du frein lui donne une inflexion qui, jointe à sa forme, rappellerait l'hypospadias, si le méat urinaire n'était pas normalement placé. Il ne l'est pas toujours cependant : on le trouve souvent, comme en hypospadias fruste, abaissé au-dessous de l'axe et contigu au frein.

Bien placé ou non, il est, dans un bon quart des cas, rétréci; mais le rétrécissement est dû le plus souvent à une sorte de pellicule émanant de la commissure, pellicule facile à rompre et qui ne se reforme pas.

L'atrésie congénitale vraie est beaucoup plus rare.

Le frein lui-même n'est pas constitué par l'arête d'adossement d'un repli de la muqueuse, mais par une sorte de soulèvement rudimentaire étalé, que l'un des temps de l'opération a, comme on le verra plus loin, pour objet de corriger.

Les adhérences. — La surface du gland est, dans la grande majorité des cas, adhérente à la surface de la muqueuse préputiale.

Les adhérences, dans l'enfance, sont très différentes de celles que l'on rencontre dans l'âge adulte et même dans la jeunesse. Ces dernières sont généralement solides, et cette solidité tient soit à l'organisation plus complète du tissu, soit aux suites des balanites répétées. Dans l'enfance, on n'est jamais amené, comme parfois chez l'adulte, à *sculpter* le gland, travail qui laisse après lui une surface de tissu cicatriciel.

Mais si, à l'âge qui nous occupe ici, la difficulté n'est pas dans la solidité des adhérences, elle réside dans l'extrême fragilité de la muqueuse, que les tractions les plus modérées avec la pince peuvent arracher, au détriment de la perfection du résultat final.

Les adhérences sont totales ou partielles.

Les adhérences *totales* sont rares. Elles représentent, d'après nos observations personnelles, à peine un huitième des cas : 5 sur 42 circoncisions.

Les adhérences *partielles* occupent les deux tiers, ou le tiers postérieur du gland : elles sont d'ordinaire symétriques, comme configuration et comme résistance.

Leur résistance va en croissant jusqu'à la couronne du gland, où elle est à son maximum. En ce point, quand on découvre le gland, on éprouve une tension extrême qui donne, quand on la domine, la sensation d'une sorte d'arrachement.

Au-dessous de la couronne, dans la tranchée préputiale, les adhérences sont insignifiantes, atténuées d'ailleurs par l'interposition des concrétions cérumineuses qui s'y trouvent dans la grande majorité des cas.

Partielles ou totales, les adhérences ne manquent pour ainsi dire jamais, et nous pourrions compter les cas dans lesquels elles faisaient absolument défaut dans la première enfance : 2 sur 42.

Il est certain que, dans le cours des premières années, les adhérences subissent une résorption spontanée, mais le plus souvent le décollement s'opère soit par le fait de balanite, soit par les tiraillements manuels que provoque l'excitation locale.

Les adhérences préputiales ne sont d'ailleurs que la persistance d'un état fœtal plus ou moins atténué. Bokaï et Schweigger-Seidel ont démontré, dans les *Archives de Virchow* de 1866, que le prépuce est, lors de sa formation, absolument adhérent au gland. Ce ne serait que plus tard que la couche épithéliale

commune se dédouble, de telle sorte que le prépuce et le gland demeurent encore adhérents, mais sont nettement distincts, à la façon des écailles, dans la constitution d'une bulbe d'oignon.

« Le prépuce, disent MM. Monod et Brun, dans leur excellent article Pénis du *Dictionnaire de Dechambre,* ne deviendrait libre qu'à une époque mal déterminée, qui précède la naissance ou qui même la suivrait. Bokaï, examinant à ce point de vue 100 jeunes gens, depuis la première heure jusqu'à l'âge de treize ans, ne trouve que 14 fois le prépuce libre de toute adhérence. »

Cette proportion de 14 p. 100 est très supérieure à celle que nous avons observée, mais on remarquera que la liste de Bokaï comprend des sujets ayant dépassé la première enfance et chez lesquels on peut invoquer, pour expliquer le décollement des adhérences, un facteur exceptionnel chez les tout petits.

Si, pour nous, l'indépendance totale du prépuce et du gland est très rare dans la première enfance, l'adhérence totale est également exceptionnelle.

Nous avons toujours trouvé le quart antérieur du gland indépendant et quand des adhérences confinaient au méat, c'était toujours à droite et à gauche de la pointe du frein qu'elles existaient.

Le méat lui-même est, comme nous l'avons dit, parfois rétréci. Il y a, plus souvent, une sorte de rétrécissement dépendant de la commissure et consistant dans une adhérence membraneuse facile à

rompre, au-dessous de laquelle le méat, normalement bordé, demeure définitivement ouvert.

Le frein. — Nous avons parlé du frein et nous avons vu qu'il se présente souvent avec une arête anormale et un corps épaissi.

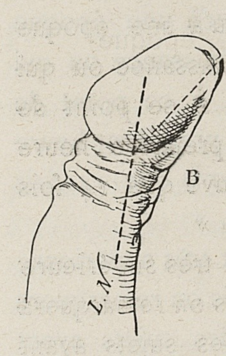


Fig. 2.

Inflexion du gland sur l'axe du pénis pendant le découvrement forcé.

La malformation de ce petit repli, qu'il est impossible de soupçonner dès l'abord, se trahit par l'attitude que prend le gland quand on le découvre complètement afin de procéder au lavage minutieux qui précède l'opération. On voit alors le gland attiré en bas et en avant, avec sa face dorsale tendue et aplatie, sa couronne transversalement tiraillée (fig. 2 B); on voit l'axe de la fosse naviculaire faire avec l'axe de l'urèthre un angle de 30 à 40 degrés.

Cette disposition qui, il faut le dire, confine souvent de très près à un état absolument normal, peut être représenté par les coupes des figures 3, 4 et 5; la figure 3 représente le frein normal plongé dans le sillon préputial; le gland est normal dans la loge virtuelle ou réelle du prépuce; l'unique défaut est dans l'excès de substance de ce dernier. La figure 5 nous montre, au contraire, un gland anormal, incomplètement logé dans une cavité préputiale défectueuse, dont l'insuffisance se traduit par un frein

atrophié, limitant le sillon préputial insuffisamment profond. C'est cette brièveté du frein qui, résis-

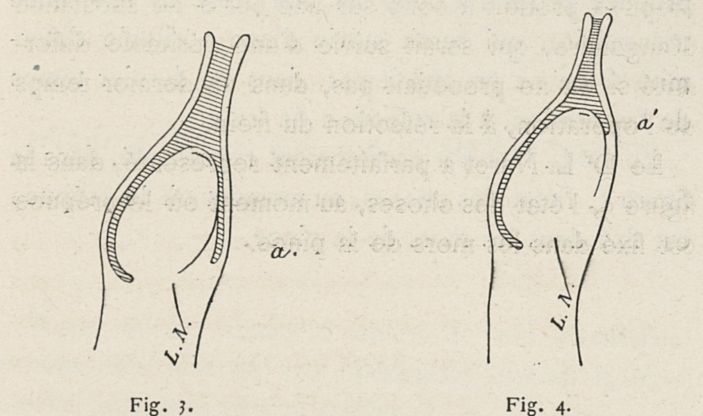


Fig. 3.

Frein normal.

Fig. 4.

Frein atrophié.

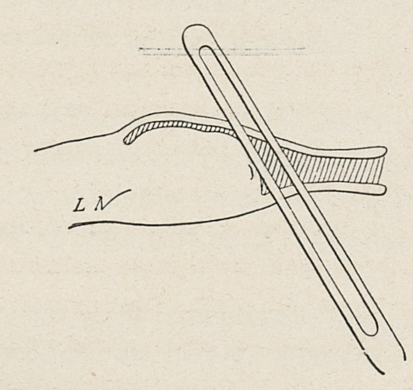


Fig. 5.

Etat du frein rudimentaire, dans le refoulement du gland par la pince, au moment de la section.

tant à l'élongation de l'érection, produirait plus tard, dans le coït, une inflexion vicieuse analogue

à celle que la figure 2 représente. C'est également cette brièveté du frein qui fait que la section du prépuce produit à coup sûr une perte de substance triangulaire, qui serait suivie d'une véritable difformité si on ne procédait pas, dans un dernier temps de l'opération, à la réfection du frein.

Le D[r] L. Naret a parfaitement représenté, dans la figure 5, l'état des choses, au moment où le prépuce est fixé dans les mors de la pince.

INDICATIONS DE LA CIRCONCISION

Nous avons, dans le cours de ces dernières années, fait plus de 150 opérations contre le phimosis, sans parti pris ni système.

Nous avons toujours été déterminé à agir par un état local ou par des troubles médiats qui nous semblaient se rattacher aux inconvénients de cette malformation.

L'extrême faiblesse de certains petits sujets a été parfois pour nous une contre-indication de pratiquer la circoncision proprement dite, mais l'âge ne nous a jamais arrêté en présence de la nécessité de libérer le gland.

Nous avouons ne pas comprendre le conseil absolu de Lagneau (Dict. en 30 vol.) d'attendre jusqu'à la puberté pour opérer le phimosis.

Guersant conseillait d'attendre la quatrième année, et Trélat, allant plus loin, acceptait l'âge de trois ans, pour opérer.

En fait, l'opération ayant pour objet de remédier à une malformation ou plutôt à une mauvaise confor-

mation, dont les conséquences : troubles urinaires, prolapsus du rectum, hydrocèle, hernies, etc., se montrent parfois de très bonne heure et doivent être guéries avant qu'elles aient pris le caractère d'une infirmité définitive, nous avons pensé que c'est surtout l'indication qu'il faut avoir en vue et qu'on doit opérer les enfants quel que soit leur âge.

C'est ainsi que nous avons, dans le cours de cette année même, opéré des enfants de six mois, pour des accidents de dysurie et de prolapsus rectal.

Nous devons cependant ajouter que notre hâte dans l'intervention dépend du caractère pressant des accidents que provoquent l'étroitesse et la malformation préputiales.

Ce n'est que pour des accidents aigus ou pour des complications menaçant de s'aggraver que nous avons été amené à opérer dans le très jeune âge. Et nous appelons accidents aigus la rétention d'urine, la dysurie phimosique avec balanite, le ténesme vésical, le prolapsus du rectum.

Quant aux accidents moins impérativement pressants, tels que l'hydrocèle vaginale, la hernie ombilicale, les hernies inguinales, nous pensons qu'il est préférable de suivre le conseil de M. Trélat et d'attendre la troisième ou la quatrième année.

Pour les hernies inguinales, toutefois, nous n'attendons que si, en observant attentivement le petit sujet, nous reconnaissons que la malformation préputiale n'est l'occasion ni d'épreintes, ni d'efforts de miction, ni de cris, circonstances qui entraînent le

développement des hernies, précisément à un âge où les anneaux sont mous et distensibles, où le développement des hernies peut par conséquent marcher très vite, et où l'application correcte et soutenue du bandage est à peu près impossible.

C'est pour cette raison que chez les trois très jeunes enfants auxquels nous avons pratiqué dans ces derniers temps l'opération radicale des hernies, et qui tous les trois étaient atteints de phimosis, nous avons, quelques semaines après la guérison, fait la circoncision, considérant l'intégrité de la miction comme une sérieuse garantie de la permanence du résultat obtenu.

MANUEL OPÉRATOIRE

Il n'y a qu'une indication : libérer le gland et le maintenir découvert ; mais il existe un nombre infini de procédés pour opérer le phimosis.

Nous dirions volontiers que tous les procédés sont bons, s'ils procurent un résultat durable. Cependant, à côté de la question de l'utilité, se place une question d'esthétique qu'il est de notre devoir de ne pas négliger.

Qui de nous n'a pas été appelé à juger et à rectifier les résultats de certaines opérations, à la suite desquelles le pénis présentait les apparences les plus misérables et les plus ridicules ? Il nous est arrivé plusieurs fois, pour notre part, de ré-opérer des prépuces déformés par des déchirures de la dilatation, ou défigurés par les « oreilles de chien » de l'incision dorsale.

On a divisé les procédés opératoires en procédés *non sanglants* et en procédés *sanglants*.

La ligature à la soie, la ligature élastique de M. Jude Hue, de Rouen, se rattachent à la pre-

mière catégorie et sont peu usitées dans la pratique.

La dilatation est le type des opérations réputées non sanglantes.

En fait, l'erreur est profonde : la dilatation fait toujours saigner. Elle fait saigner parce qu'elle déchire, et elle déchire toujours, que l'on fasse usage du dilatateur à trois branches de Nélaton ou de la simple pince, employée par notre maître et ami, M. de Saint-Germain, dont nous avons le regret de ne pas partager les idées sur ce point.

Le rétrécissement siège, comme nous l'avons vu, sur la muqueuse ; il est étroit et à peu près inextensible. Il se rompt et la rupture répond si bien à une unité de résistance, qu'elle présente une étendue et une direction de lignes à peu près invariables : elle commence en effet à la jonction de la peau et de la muqueuse, et elle s'étend obliquement dans la direction du sillon préputial.

Ce que nous disons ici de la dilatation s'applique aux enfants ; il serait possible que, chez les jeunes gens, la région préputiale fût plus souple et plus élastique : nous n'avons jamais vu, pour notre part, avant la douzième année, la dilatation se pratiquer sans déchirure.

Mais il y a une objection plus sérieuse à faire au procédé de dilatation, c'est la fréquence des récidives, si le prépuce est long. Nous avons opéré cette année cinq enfants, qui avaient subi la dilatation de six à vingt-cinq mois auparavant : le phimosis

s'était reformé, plus serré et plus nuisible que d'abord.

Les cicatrices irrégulières causées par les déchirures ont toujours rendu l'opération plus difficile.

Enfin, pour ne pas nous payer de mots, nous devons dire que chez les jeunes enfants, dans la grande majorité des cas, la dilatation est impossible à cause des adhérences, qui s'opposent à l'application de la pince.

On dit bien que ces adhérences se détruisent aisément avec la sonde cannelée, insinuée au préalable au pourtour du gland. Mais tout le monde sait que le décollement est impossible chez les jeunes enfants : le prépuce est souple, le gland est petit et se dérobe devant la sonde, rien ne les décolle l'un de l'autre, en dépit de l'illusion qu'on a d'avoir agi.

La dilatation ne nous semble indiquée que pour les prépuces courts, constitués par du tégument parfait, permettant en un mot de prévoir que le repli dilaté, rompu et porté derrière le gland, ne tendra pas à le recouvrir.

Nous devons, avant de finir cet exposé, signaler un petit procédé d'une exécution facile et rapide et qui semble pouvoir convenir aux premières semaines de la vie. Nous ne sommes pas encore fixé sur le point de savoir si les résultats qu'il donne sont définitifs : ce que nous savons, c'est que le procédé découvre et garde découvert le gland, qu'il n'est pas douloureux, autant dire, qu'il ne fait pas perdre une goutte de sang au nouveau-né.

Nous ne l'avons expérimenté déjà que cinq fois, sur des enfants de soixante et quatre-vingt-dix jours : six semaines après l'opération, le résultat s'était maintenu.

On le connaît à Tenon sous le nom de *procédé des trois fils*.

Voici l'opération : l'enfant étant fixé sur la table, on tire le prépuce en arrière, de façon à découvrir le gland ; l'orifice préputial ne tarde pas à céder et le gland sort au prix d'une petite déchirure de la muqueuse, qui, dans tous les cas, siégeait au voisinage du frein.

On s'assure que l'ouverture est assez large et qu'il n'y a pas d'accidents de paraphimosis à redouter. Le prépuce, ressorti en arrière, représente une collerette épaisse et large en arrière de la couronne.

On traverse la muqueuse à 2 millimètres de la couronne, en un point qui correspond au fond du sillon, avec une aiguille courbe enfilée d'un catgut ou mieux d'un fil de soie, que l'on fait ressortir à 10 millimètres ou plus en arrière, à travers la peau du fourreau. On serre modérément et on noue. L'anse comprend donc la totalité des éléments du prépuce dans toute sa hauteur.

Une anse sur la lèvre médio-dorsale et deux anses à droite et à gauche suffisent.

J'ai dit qu'on serrait *modérément*, car il faut tenir compte du gonflement consécutif qui aurait pour conséquence de couper sur le fil le prépuce, alors qu'on se propose simplement de l'épaissir et de le fixer.

Le gland apparaît alors, reposant sur une sorte de fraise inégalement frangée, qu'il est impossible de ramener en avant et dont la fixité est augmentée par la tuméfaction inflammatoire des premiers jours.

C'est, on le voit, une application de l'opération proposée par Sperino pour la cure de certains entropions.

Quand le catgut est résorbé, le prépuce reste à sa place. La soie reste plus longtemps, car, modérément serrée, elle n'a pas coupé.

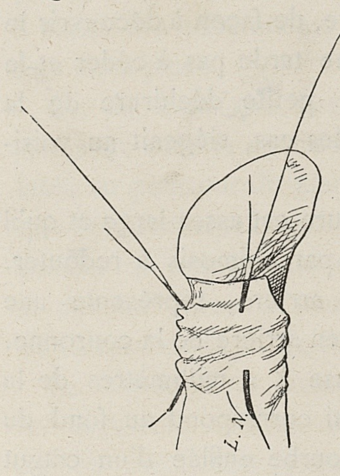


Fig. 6.
Le procédé des *trois fils.*

Nous ne savons pas encore ce que devient, après six mois, le prépuce ainsi traité.

Nous pensons ne pas limiter cette petite opération aux premières semaines de la vie, et nous avons l'intention de l'appliquer chez les jeunes garçons, et même chez certains adultes, si le prépuce est court, et si la circoncision régulière nous paraît mal indiquée.

La catégorie des procédés sanglants comprend l'incision et la circoncision.

Nous ne parlerons pas de l'incision inférieure de Celse, ni de l'incision latérale d'Astruc inspirée surtout par la crainte des hémorragies.

Depuis le XVIIIe siècle, la seule incision acceptée est l'incision dorsale, et le mode opératoire ne semble pas avoir été modifié depuis la description de Dionis.

L'incision dorsale, à peu près au même titre que l'excision en V de Boyer, a l'avantage des opérations expéditives.

Chez l'adulte, elle est fréquemment indiquée dans les cas d'œdème préputial consécutif à des balanites chancreuses ou blennorrhagiques.

C'est à proprement parler une opération d'urgence et d'attente.

Chez l'enfant, dans le phimosis congénital, elle peut être une opération de nécessité.

C'est ainsi que nous l'avons pratiquée chez un petit malade, au cours d'une scarlatine, dans le but de remédier d'urgence à des troubles de la miction, liés à un phlegmon du prépuce, compliqué de sphacèle commençant.

Nous considérons l'incision dorsale et l'excision comme des opérations de nécessité, répondant à une indication fonctionnelle pressante, mais laissant après elle une difformité à laquelle on sera dans l'obligation de remédier plus tard.

L'opération de choix est la circoncision : c'est celle que nous avons toujours, à de rares exceptions près, pratiquée systématiquement chez les enfants, et les exceptions sont représentées soit par l'incision dorsale, soit plutôt par un petit procédé de fronce-

ment par ligature, le *procédé des trois fils*, que nous venons de décrire.

L'opération de la circoncision a été très complètement étudiée dans des thèses et des mémoires spéciaux; l'article de M. Bouisson dans le *Dictionnaire encyclopédique*, et l'article de notre maître et ami M. de Saint Germain, dans le *Dictionnaire de Jaccoud*, décrivent l'opération avec une érudition, une richesse et une précision de détails auxquelles il semble qu'il n'y ait rien à ajouter.

Il est certain qu'au point de vue de l'histoire et de la technique des procédés instrumentaux, on devra toujours consulter ces deux excellentes monographies.

Nous avons cru toutefois, pour notre part, qu'il y avait peut-être encore quelque chose à dire sur la conduite de l'opération et sur l'esthétique du résultat.

Il y a lieu d'étudier bien des détails, un peu minutieux sans doute, mais dont une pratique répétée nous a montré l'importance.

Nous espérons même que l'exécution de la circoncision chez les adultes pourra profiter de ce que nous a appris l'opération chez les enfants.

Une circoncision bien faite n'est pas chose aussi commune qu'on le croit généralement; nous en avons personnellement, dans le nombre, fait de mauvaises, et en recherchant la cause de ces échecs, nous avons reconnu que nos malfaçons tenaient le plus souvent à la négligence d'une précaution ou d'une petite manœuvre de détail.

Sans doute ces défectuosités de la première heure s'arrangent avec le temps, c'est une consolation; mais nous devons faire en sorte de n'en avoir pas besoin. Notre amour-propre de bon ouvrier est engagé à bien faire les choses d'emblée, sans compter sur les réparations du temps.

Pour la circoncision, comme pour toutes les opérations plastiques, l'idéal est que les choses soient mises dans un état tel qu'on ne s'aperçoive pas plus tard de l'intervention du chirurgien; à ce titre, le lieu de la section du prépuce et la pureté de la réunion par première intention ont une importance de premier ordre.

Les caractères d'une circoncision bien réussie sont les suivants :

1° Le méat urinaire doit être libre et débarrassé de la membrane qui souvent en resserre la commissure.

2° Le gland doit être découvert.

Mais doit-il être découvert dans son entier ?

La circoncision des musulmans et des israélites sacrifie largement le prépuce dans sa totalité; le fourreau cutané de la verge se continue directement avec le peu de muqueuse qui reste du prépuce, formant une enveloppe strictement suffisante qui se tend au maximum pendant l'érection et le coït.

La couronne du gland, irritée par le contact constant de la chemise, a pris un développement marginal accentué qui lui donne l'aspect d'une tête de clou, pendant que ses papilles les plus externes sont

hypertrophiées et durcies, au point de perdre la plus grande partie de leur sensibilité sexuelle.

Ajoutons que dans ces conditions le coït s'accompagne d'une sensation de frottement presque pénible, qui faisait regretter à un jeune étudiant dont nous avons recueilli les confidences, le prépuce qu'on lui avait largement circoncis deux ans auparavant.

Il est indiqué, suivant nous, que le prépuce ne soit pas entièrement supprimé, qu'il en reste une mesure juste et suffisante pour que le bord affronte et protège quelques millimètres de la couronne du gland et puisse, au moment du coït, se déplier dans la pénétration et se replier dans le retrait du pénis, réservant ainsi la sensibilité des papilles de la couronne.

3° Le frein doit être constituéà l'état de bride linéaire maintenant l'attitude du gland sur les corps caverneux, empêchant, par une tension convenable de la commissure, la béance du méat et surtout maintenant la continuité de l'axe de l'urèthre avec le centre du méat; or, chez la plupart des enfants atteints de phimosis, le frein est mal formé et la bride qu'il devrait être, est remplacée par une perte de substance triangulaire qui, si l'on n'y prenait pas garde, se cicatriserait à plat, laissant, avec la difformité de sa marque, l'incommodité d'un gland susceptible de se renverser pendant le coït. L'esthétique de la circoncision exige donc la réfection et parfois même la création d'un frein régulier et solide.

DESCRIPTION DE L'OPÉRATION

Tandis que la dilatation forcée, le débridement dorsal et même l'excision angulaire peuvent être faites d'un seul coup, vivement et par surprise, la circoncision demande, pour être exécutée avec la précision qui lui convient, une insensibilité complète. L'anesthésie locale, avec la glace ou l'éther pulvérisé, pourrait suffire pour supprimer la douleur de la section du prépuce ; on ne pourrait pas la prolonger pendant tout le temps que demandent l'hémostase, l'affrontement des lèvres de la plaie, la réfection du frein.

J'ajoute que la réfrigération produite par ces moyens, si elle durait quelque temps, pourrait compromettre la vitalité des tissus à accoler et mettre en question le succès de la réunion par première intention.

Ce que nous venons de dire s'applique à plus forte raison aux réfrigérations extrêmes produites par le chlorure de méthyle ou le bromure d'éthyle, qui ont produit entre les mains de quelques opérateurs de véritables escharres du fourreau.

C'est à l'anesthésie générale que nous avons recours et nous donnons la préférence au chloroforme, que nous avons souvent administré à des enfants de trois et cinq mois, sans avoir eu la moindre alerte.

Le préliminaire obligé de l'opération est un nettoyage parfait des parties à opérer.

Ce nettoyage ne porte pas seulement sur le pénis, il porte aussi sur le prépuce et sur le gland ; c'est dire qu'avant de prendre le bistouri, il faut, dès le début de l'anesthésie, découvrir le gland, décoller les adhérences, en reportant le prépuce en arrière.

Cette manœuvre est souvent difficile et nécessite parfois l'emploi de la pince à pansement, pour élargir l'orifice préputial.

Elle a pour avantage, une fois l'anneau forcé, de permettre, malgré les inévitables déchirures de la muqueuse en avant, de conserver, en découvrant le gland, un limbe préputial fourni par une muqueuse entière, égale, non déchirée ni meurtrie par le tiraillement des pinces, meurtrissures qui se produisent forcément quand la section du prépuce se fait avant le décollement des adhérences.

Mais il existe une autre raison, et elle est capitale, au point de vue de la sûreté de la réunion par première intention.

Il existe, dans la grande majorité des cas, dans le repli de la muqueuse, en arrière de la couronne du gland, des amas de produits sébacés, généralement très adhérents. On ne les enlève pas toujours en bloc,

ils se dissocient pendant le nettoyage et des parcelles de smegma peuvent se loger entre les lèvres de la plaie et y produire de la suppuration.

Le mieux est donc d'en débarrasser la région du prépuce avant de faire la section.

Enfin, le découvrement préalable du gland a pour avantage de nous faire voir l'état de conformation du frein, et de nous indiquer s'il faut faire la section plus ou moins oblique. C'est effectivement la longueur ou la brièveté du frein qui nous fixent sur l'inclinaison que l'on doit donner à la pince.

Après ce lavage, le gland est recouvert, le prépuce est rendu à la situation première par quelques petites manipulations, l'opération commence.

HAUTEUR DE LA SECTION DU PRÉPUCE. — L'arsenal chirurgical est riche en instruments de toute nature, depuis les griffes qui doivent tendre parallèlement les téguments, jusqu'aux pinces qui ont pour objet de les fixer et jusqu'aux tranchants qui les coupent.

Tout ce déploiement instrumental est véritablement superflu. Une pince à griffe, une pince à mors plats et longs, la pince fenêtrée de Collin, si l'on veut, suffisent amplement.

Nos devanciers se sont beaucoup préoccupés des moyens d'obtenir le parallélisme de section de la muqueuse et de la peau. Nous ne voulons pas décrire les appareils compliqués de Corbin, de Borelli, de Fleming, de Chauvin, etc., qui visaient ce résultat à la fois irréalisable et inutile.

La section parallèle ne serait possible que si la pince étreignait l'extrême bout du prépuce, très en avant du gland.

Dans ce cas (et l'insuffisance d'une telle prise ne permet pas d'appeler cela une circoncision), l'accolement de la muqueuse et de la peau se fait à plat, le bout du prépuce est en quelque sorte *mouché* en avant du gland, il n'y a pas de glissement, la tranche est nette et les hauteurs de section sont égales.

Il n'en est pas de même quand, pour faire une véritable circoncision, la pression s'exerce au lieu d'élection, en arrière de la partie moyenne du gland.

Ce dernier, par le fait de la pression de la pince, glisse en arrière : les deux surfaces de la muqueuse s'appliquent par la pression l'une contre l'autre ; elles s'accolent, tendues par la consistance du gland qui ne peut être refoulé plus loin. Tandis que la muqueuse serrée se fixe à sa place, la peau glisse d'arrière en avant sur le cône qui modèle le gland et, grâce à la laxité du tissu sous-cutané, descend de la base vers le sommet. Par le fait de ce glissement en avant, on conçoit que le bistouri coupera plus de peau que de muqueuse : il en couperait davantage si l'on ne prenait pas la précaution de faire fixer contre la symphyse les téguments du fourreau.

Il y a donc plus de peau que de muqueuse coupée, c'est pour cela qu'après la section on voit le bord du fourreau cutané affleurant la ligne de la couronne, tandis que la muqueuse découvre à peine la moitié antérieure du gland. Plus on applique la pince en ar-

rière, plus on accentue cette disproportion entre la section de la muqueuse et de la peau, pour la raison que nous venons de dire.

C'est en analysant le mécanisme de cette différence de hauteur dans la section, qu'on règle l'opération et qu'on s'épargne des mécomptes.

Il faut compter, on le voit, sur cette absence de parallélisme et s'attacher surtout à calculer la hauteur à laquelle la muqueuse sera divisée.

Or, cette hauteur est toujours donnée par la hauteur de l'application de la pince fixatrice avec la différence que donne ce qu'on pourrait appeler le coefficient d'extensibilité de la muqueuse.

Pour ce premier temps de l'opération qui consiste dans la fixation du prépuce, le point délicat est de bien placer la pince.

Fixation du prépuce. — Le prépuce a été renversé, lavé, débarrassé du smegma, reporté en avant et remis en place par de petites manipulations. Un aide tenant dans l'écartement des deux doigts la racine du pénis en fixe la peau contre le pubis, tandis que le chirurgien, saisissant le bord supérieur de l'orifice préputial avec une pince à griffe, tend fortement le prépuce.

Le pénis s'allonge, et sur le profil de cet allongement on voit se dessiner nettement à droite et à gauche le creux de la couronne du gland (fig. 7).

C'est la ligne de ce relief qui détermine la position de la pince. La règle serait de l'appliquer paral-

lèlement à cette saillie, à 2 ou 3 millimètres au-dessus. Mais si, comme on s'en est assuré, dans le nettoyage préliminaire, sur le gland décalotté, le frein est très court, il faut augmenter en proportion l'obliquité de la position de la pince, afin de ménager

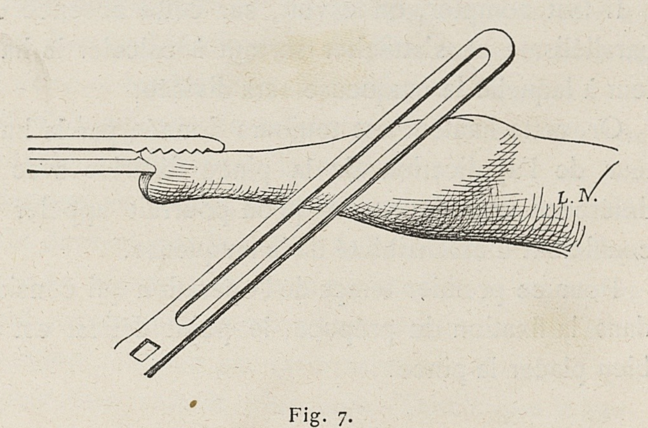


Fig. 7.

Fixation du prépuce. La pince en parallèle à la couronne du gland.

la quantité de muqueuse nécessaire à la réfection du frein.

Quoi qu'il en soit, le prépuce est serré en deux temps : dans un premier temps lent et ferme, on sent le gland qui se dérobe et glisse en arrière. Dans ce premier temps, le gland est chassé; dans le second temps, c'est le prépuce qui est étreint. Il est sans exemple, à part le cas où le gland est modifié par des chancres ou par des ulcérations, et ce n'est pas le cas dans la circoncision infantile, il est sans

exemple que le gland ait été blessé, alors même qu'on ferme brusquement la pince.

SECTION. — La section se fait avec le bistouri dans des conditions de simplicité telle qu'il n'y a rien à en dire.

Chez l'enfant, elle se fait en un seul temps, d'avant en arrière; chez l'adulte, en raison de l'épaisseur des tissus à diviser et pour éviter les hachures, on a souvent avantage à faire une transfixion au milieu de la masse et à partir de cette transfixion pour couper vers le bord dorsal, puis vers le bord uréthral.

La section faite et le prépuce enlevé, le fourreau cutané se rétracte et n'est pas suivi par la muqueuse qui, quoique libérée de ses adhérences, continue à recouvrir, comme nous l'avons expliqué, la moitié ou le tiers postérieur de la surface du gland.

On voit même quelquefois que la section de la muqueuse est parallèle à l'axe du pénis, tandis que la section de la peau est parallèle à la couronne du gland, divergence peu importante, qu'il n'est pas même nécessaire de corriger par un coup de ciseau et que la suture rectifiera.

HÉMOSTASE. — Un temps autrement important, c'est l'hémostase.

Il faut y apporter la plus grande attention et c'est, en réalité, gagner du temps que d'attendre avec patience, pour commencer la réunion, que tout

écoulement sanguin soit arrêté. C'est une particularité des artères du pénis, plus accentuée encore chez les enfants que chez les adultes, que l'extrême contractilité des artérioles.

Sous le coup de la section, les artères se resserrent : il leur faut au moins deux ou trois minutes pour qu'elles se relâchent et jettent du sang. L'irrigation avec de la liqueur de Van Swieten tiède, en assurant l'antisepsie, provoque et hâte la dilatation des vaisseaux et bientôt on voit le sang jaillir sur une surface tranchée qui paraissait à sec.

Dans toutes les circoncisions que nous avons faites, nous n'avons, pour ainsi dire, jamais fait moins de deux ligatures : c'est le catgut double zéro qui nous a toujours servi.

Ici, nous devons signaler une particularité spéciale à la première enfance. Chez l'adulte, l'artère de frein est volumineuse. C'est elle qu'il faut chercher avant tout, et les sutures ne nous laissent une véritable sécurité que quand elle a été liée.

Chez l'enfant, cette artériole est à peu près nulle ; les terminaisons de l'artère dorsale sont au contraire très importantes. Il nous est arrivé plusieurs fois d'avoir à leur appliquer trois ligatures, tandis que dans la région du frein l'hémostase se produisait spontanément.

Nous n'avons aucune explication de cette disposition anatomique ; ce que nous pouvons dire, c'est qu'elle est à peu près constante, d'où la conclusion que c'est sur la partie dorsale du champ opératoire,

qu'il faut avant tout aller chercher les sources de l'hémorragie.

RÉUNION. — Le sang est arrêté ; la plaie est soigneusement lavée, l'enfant, bien essuyé, est placé sur une alèze propre ; le dernier temps de la circoncision commence : l'affrontement et la réunion de la muqueuse et de la peau.

Dans un grand nombre de cas, l'affrontement est si exact, qu'on serait tenté, d'après le premier coup d'œil, de ne rien faire pour assurer la réunion.

Mais il faut songer, comment, à cette période de l'opération, les choses se présentent à nous : l'enfant est encore dans le calme du sommeil et dans la lassitude du chloroforme.

Il ne s'agite pas encore, comme il le fera, au sortir de l'épreuve qu'on vient de lui infliger ; de plus la verge est flasque ; bientôt, à la prochaine érection, si peu intense qu'elle soit, les lèvres de la plaie vont s'écarter plus ou moins : la réunion sera compromise.

Il y a, en outre, une raison anatomique qui nous oblige à ne pas nous contenter de l'approche simple des parties, c'est l'état dans lequel est le frein.

Quand on a pratiqué la circoncision à la hauteur que nous avons proposée, le frein n'existe plus : il est remplacé par une surface triangulaire cruentée (fig. 8), dont la cicatrisation à plat représenterait la suppression du frein. Il va de soi qu'alors même

qu'on renoncerait à l'emploi de tout moyen d'approche ailleurs, il faudrait y recourir en ce point.

Enfin, chez les jeunes enfants, une réunion bien établie présente un dernier avantage, celui de préserver la plaie vive du contact irritant de l'urine, en réunissant aussi intimement que possible la muqueuse avec la peau.

Nous sommes, pour toutes ces raisons, absolument opposé à la pratique, séduisante par sa simplicité, de laisser les choses en l'état après la section.

Deux moyens sont à notre disposition pour affronter et maintenir la muqueuse et la peau : les serre-fines et la suture.

Les serre-fines. — Tous les chirurgieus, à peu près sans exception, font usage des serre-fines.

Il y a même une certaine hardiesse à déclarer aujourd'hui que le petit appareil inventé par Vidal (de Cassis), et employé sans perfectionnement depuis un demi-siècle, est passible, chez les enfants du moins, de nombreuses objections.

D'abord les serre-fines ne sont pas toujours d'une application commode. Souvent le tissu cellulaire déborde et s'interpose entre les lèvres de la plaie, nécessitant un refoulement ou des reprises qui prennent du temps, et très souvent on se rend compte qu'on a fait plutôt une approche des bords, qu'une réunion véritable des lèvres de la plaie.

J'ai supposé, bien entendu, que les serre-fines

étaient irréprochablement propres, toutes nettes, passées à l'étuve, aseptiques ou antiseptisées dans un bain phéniqué, car le sublimé les altère.

Les serre-fines sont laissées en place pendant vingt-quatre heures chez l'adulte et dix ou douze heures chez l'enfant. Malgré ce court espace de temps, chaque morsure de serre-fine a produit souvent une petite escharre, qui nuit à la finesse du résultat.

La présence des serre-fines rend très douloureuses les heures qui suivent l'opération : chacun de ces petits engins représente en effet un levier qui branle au moindre mouvement et dont les oscillations réveillent les souffrances de la morsure.

Alors même que ces oscillations, impossibles à empêcher sous le pansement sommaire auquel on est réduit, ne seraient pas trop douloureuses, elles sont irritantes et je ne crains pas d'affirmer qu'elles sont pour beaucoup dans la production de ces érections cruelles et tenaces, contre lesquelles le camphre et le bromure de potassium ne peuvent rien.

Depuis que nous n'employons plus les serre-fines, nous n'observons plus, en effet, ces tensions de la verge, qui compromettent sérieusement le bon affrontement des parties.

Nous devons ajouter que la présence de ces petits engins métalliques empêche de faire un pansement correct de la plaie : le sang se coagule dans leurs replis, il s'altère, il produit des loges anfractueuses dans lesquelles la fermentation commence, et la

réunion souffre des inconvénients d'une inévitable malpropreté.

Enfin, il y a, contre l'usage des serre-fines, une objection sérieuse, chez les adultes et surtout chez les enfants ; c'est la difficulté de les enlever.

On les enlève avec peine, parce que les caillots qui les recouvrent empêchent de les ouvrir ; les mors, eux-mêmes, ne s'écartent pas également ; la plaie saigne ; l'enfant souffre, crie, se débat, et souvent dans cette lutte, on voit se rompre l'accolement précaire dû à quelques heures d'application de ces petites pinces.

Faudrait-il, comme nous avons été forcé de le faire, pour un petit opéré indocile, donner une seconde fois le chloroforme ? Logiquement oui, car la séance d'enlèvement est aussi cruelle et plus laborieuse que la circoncision elle-même.

En fait, dans la pratique, on ne chloroformise pas une seconde fois ; on lutte, mais après cette lutte dont l'enfant gardera le souvenir, vous ne pourrez plus l'approcher ; vous ne pourrez rien surveiller. Votre rôle et votre utilité de chirurgien auront pris fin avec cette dernière bataille. L'enfant ne pourra plus vous voir.

Telles sont les raisons qui nous ont fait renoncer à l'usage des serre-fines.

La suture. — Nous faisons usage de la suture. La suture n'a pas d'histoire. Les chirurgiens ont dû y recourir de tous temps, quoique, suivant Malgaigne,

ce soit Hawkins, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges de Londres, qui en ait fait le premier systématiquement usage.

Avant l'ère antiseptique de la chirurgie, la suture s'accompagnait sans doute de toutes les complications et de tous les dangers des réunions par première intention d'alors. C'est sans doute pour cela qu'on ne parle plus de la soie cirée dès l'apparition des serre-fines.

Nous faisons nos sutures avec le catgut double zéro.

Aux avantages de l'asepsie, de la finesse, de la souplesse et de la solidité, s'ajoute le bénéfice de cette propriété du catgut de se dissoudre spontanément, de se résorber entre le cinquième et le douzième jour, c'est-à-dire en un temps suffisant pour que l'accolement de la muqueuse et de la peau soit parachevé et solide.

Nous sommes ainsi dispensés de cette orageuse séance de l'enlèvement des serre-fines.

L'enfant n'a pas peur de nous : il ne nous a pas vu quand on l'endormait ; le mal qu'il a subi lui vient, dans son idée, non pas de nous, mais, selon la jolie expression de Edmund Owen, *from the other man*, de l'autre homme. Nous le regardons simplement, et il sent que nous n'avons pas de mal à lui faire.

Une fois opéré, il a été pansé d'un pansement bien intimement appliqué, tout à fait définitif, qu'il suffit de rafraîchir avec de la liqueur de Van Swieten

glycérinée ou la solution d'acide borique. Le premier pansement, qui a eu lieu le troisième ou le quatrième jour, est très bénin : il n'arrache pas, il détache la tarlatane ; les pansements suivants ne sont rien ; vers le douzième jour, pendant un lavage, on voit, sans que le petit malade en ait conscience, tomber les nœuds des sutures de catgut, le fond de l'anse ayant été résorbé et ne retenant plus rien.

Le catgut a pour nous, en plus, l'avantage de faire une suture bien affrontée et dont l'exécution demande peut-être moins de temps que l'agrafement des serre-fines. Enfin, avec cette suture, nous refaisons un frein de forme et de dimensions convenables, ce que le pincement d'une ou de deux serre-fines rapprochant les deux bords de la muqueuse ne peut pas nous donner.

Toutes ces précautions constituent une petite manœuvre, mais le manuel en est assez minutieux et délicat. Voici comment nous l'avons réglé :

Le premier point de suture se fait sur la ligne médiane dorsale : le fil traverse la muqueuse et la peau qui s'affrontent aussi spontanément. Le nœud est fait aussitôt et les chefs de catgut qui n'ont pas moins de 6 centimètres de longueur, sans confiés à un aide qui en tirant, renverse la verge, mettant en évidence la région du frein.

Un ou quelquefois deux points de suture sont consacrés à la reconstitution du frein ; l'aiguille traverse (fig. 9 *n* et *n'*), de dehors en dedans et de dedans en dehors alternativement, les deux lèvres de la muqueuse

qui limite la surface triangulaire saignante (fig. 8), et les rapproche avec un ou deux nœuds (fig. 9); l'arête qui résulte de ce rapprochement est un vrai frein.

S'il y a deux ligatures, le nœud le plus inférieur, au lieu d'être le nœud *droit* solide qui est de règle dans toutes les ligatures, doit être remplacé par le nœud *de travers*, nœud *de cocher*, de telle sorte que

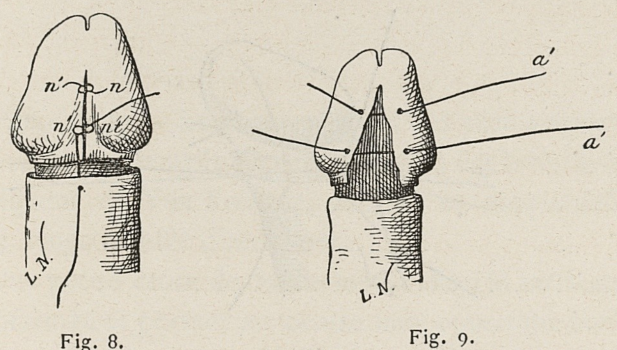


Fig. 8. Fig. 9.

Réfection du frein.

les deux chefs, au lieu d'être dans le plan de l'anse, sont perpendiculaires à ce plan.

Le chef inférieur traverse, sur la ligne médiane, la peau correspondante du fourreau, et se noue avec le chef supérieur du nœud qui a formé la base du frein. Nous avons donc ainsi deux nœuds à actions réciproquement perpendiculaires: le premier forme le frein par une traction transversale qui accole les bords de la muqueuse. Le second rapproche de ce frein ainsi formé la peau du fourreau, par une traction verticale d'élévation. La situation du gland est ainsi assurée.

Les extrémités x et y des fils de la suture dorsale et de la suture du frein sont confiées (fig. 10) à un aide, qui les tend en sens inverse, comme deux commissures. Les lèvres de la circoncision se rapprochent et se juxtaposent d'elles-mêmes et l'accolement est très facilement assuré par deux couples de suture, à droite et à gauche.

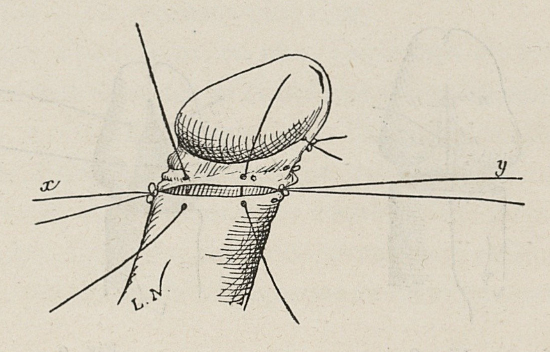


Fig. 10.

Ensemble des sutures.

On prend la précaution de les faire successivement et symétriquement : on exécute ainsi d'abord les deux sutures les plus voisines du frein, et on termine par les plus voisines de la suture dorsale : on est ainsi assuré de conserver à l'extrémité du prépuce une forme très régulière.

Ces petites manœuvres des points séparés du catgut ne demande certainement pas plus de temps que l'application des serre-fines.

PANSEMENT ET SOINS CONSÉCUTIFS

Pansement. — Le pansement est des plus simples. Les catgut coupés au ras, la région est lavée avec la liqueur de Van Swieten, séchée et saupoudrée d'un nuage insufflé d'iodoforme.

Une petite croix de Malte taillée dans la tarlatane iodoformée et portant au centre une ouverture suffisante pour laisser passer juste la totalité du gland, couvre la ligne des sutures et forme, au-dessous de la couronne, une sorte de collerette qui s'applique intimement en s'étalant sur la plaie de circoncision. Une petite cravate de gaze iodoformée, simplement ajustée par un demi-tour de nœud, fixe cet appareil et complète le pansement. L'enfant ne souffre généralement pas dans la journée. La douleur qui se produirait ensuite pourrait tenir au durcissement de la gaze; dans ce cas, quelques gouttes d'huile iodoformée versées sur le pansement amènent un soulagement rapide.

Le pansement doit rester en place pendant deux ou quatre jours.

Il va de soi qu'on prendra les précautions les plus minutieuses pour que l'urine ne le souille pas : dans ce cas, et même sur le plus petit soupçon, il est formellement indiqué de renouveler la gaze iodoformée.

C'est d'ailleurs un accident rare et que les mères, mises au courant des choses, savent parfaitement empêcher de se produire.

Il est un autre accident auquel il faut songer : je veux parler de la rétention d'urine.

Les petits opérés n'avertissent pas de la nature de la peine qu'ils ressentent ; ils évitent même d'appeler l'attention sur un organe qui les fait souffrir ou qui les inquiète ; ils crient et on attribue leurs plaintes à la douleur, suite de l'opération.

J'ai vu, dans un cas, une vessie remontant jusqu'à l'ombilic, et l'enfant ne se plaignait nullement.

Le cathétérisme remédie à cette distension. Mais on peut souvent, et il vaut mieux, s'en dispenser. Généralement l'application d'une compresse fraîche sur le ventre et un simple lavement d'eau froide rendent le service : l'expulsion du remède s'accompagnant de la libération de la vessie.

Je n'ai eu qu'exceptionnellement, pour ma part, à recourir au sondage ; la rétention d'urine a été elle-même d'ailleurs exceptionnelle.

Au quatrième jour, on peut changer le pansement ; l'huile iodoformée a rendu facile l'enlèvement de la gaze. En cas de sensibilité extrême, un bain de siège, pris une ou deux heures avant la visite,

ramollit la gaze iodoformée, qui se détache avec une grande facilité.

A partir du cinquième ou sixième jour, nous supprimons tout pansement solide : une pulvérisation d'iodoforme suffit, tout au plus appliquons-nous de la vaseline boriquée sur les croûtes qui souvent se forment soit sur la ligne des sutures, soit même sur la muqueuse du gland, récemment libérée de ses adhérences.

A partir du dixième jour, lavages à l'eau blanche, et dessiccation de la région avec de l'ouate iodoformée.

Il est rare que les fils de catgut ne soient pas tous tombés, pendant les lavages, avant le quinzième jour. Il n'y a dans tous les cas pas à s'en occuper.

Avec les sutures au catgut, on peut dire que le gonflement n'est ni plus ni moins accentué qu'avec les serre-fines. Nous l'avons souvent observé réduit à rien.

En général, on sait que le gonflement dont la production est à peu près constante, et dont la durée est variable, ne disparaît jamais chez les petits enfants, avant trois ou quatre semaines. Tant qu'il existe, la verge n'a pas encore la forme que les précautions que nous avons longuement décrites ont pour objet de lui préparer. Quand il a disparu, on trouve les choses dans l'état que voici : le rudiment du prépuce est tel que le sillon balanique s'efface complètement sous la plus légère traction.

La collerette de muqueuse conservée est cutanisée : elle affronte la couronne du gland.

Quant à la suture, s'il en existe des traces, elle se trahit par la jonction à plat de la muqueuse et de la peau, suivant une ligne régulière, bien découverte, et qui n'aura rien à craindre plus tard des tiraillements de l'érection et des vivacités des rapports sexuels.

Paris, février 1891.

TABLE

Paris. — Typographie Gaston NÉE, 1, rue Cassette. — 4086.